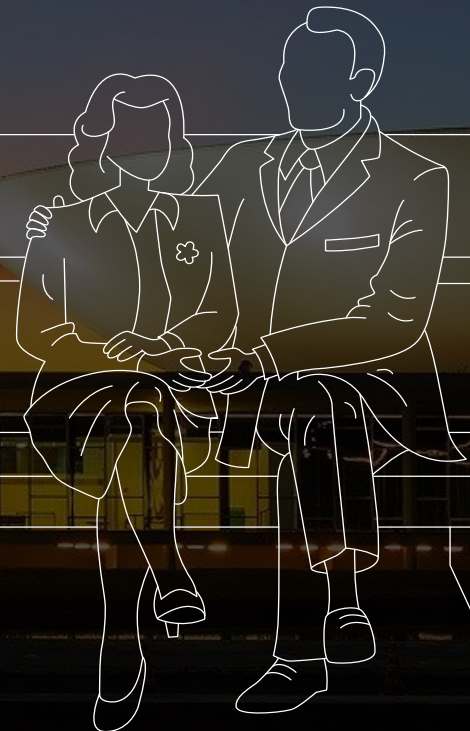


Resumos dos trabalhos científicos
apresentados no

XXVII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva



Representa uma reação idiossincrática relacionada ao uso de neurolépticos, com incidência de aproximadamente 0,2% entre os usuários e uma taxa de mortalidade de 3,3 a 27,7%, devido a complicações sistêmicas (rabdomiólise, injúria renal aguda, infecções e tromboembolismo venoso) e disautonômicas. As principais manifestações clínicas são hipertermia, rigidez muscular, disautonomia e alteração do estado mental. Vários diagnósticos diferenciais como a hipertermia maligna, síndrome serotoninérgica e hiperatividade paroxística simpática devem ser lembrados. Alguns autores sugerem que a hipertermia induzida pela clozapina é um subtipo de SNM, em que há menor grau de rigidez e tremor. Descrevemos o caso de um paciente crítico de 42 anos, do sexo masculino, portador de esquizofrenia, que estava sendo tratado com clozapina há 8 anos, apresentando hipertermia, rebaixamento do nível de consciência, rigidez muscular e rabdomiólise. Considerando a história clínica, resultados de exames laboratoriais e de imagem, foram descartadas outras possíveis causas e aventado o diagnóstico de hipertermia induzida pela clozapina. Após tratamento suportivo com hidratação, ventilação mecânica, drogas vasoativas e miorelaxantes, dentre eles, dantrolene 2,5 mg/kg endovenoso por 10 dias, o paciente apresentou remissão dos sintomas e recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em 19 dias. Dada a gravidade do quadro e risco de vida, é de suma importância que o intensivista suspeite de síndrome neuroléptica maligna em pacientes que apresentem quadro semelhante ao supracitado e uso prévio de antipsicóticos, inclusive a clozapina.

EP-421

Uso de milrinone na isquemia cerebral tardia secundária a hemorragia subaracnóidea aneurismática

Zuan Patricia Copana Olmos¹, Fábio Santana Machado¹

¹Hospital Moriah - São Paulo (SP), Brasil

Feminina, 64 anos, história de cefaleia súbita frontal, disartria, sonolenta, sem déficit. Hunt-Hess-4. Tomografia de crânio: hemorragia subaracnóidea aneurismática (HSA); Fisher-III. No primeiro dia de admissão, apresentou 2 episódios de crise convulsiva tônico-clônica generalizada, uma segunda TC de crânio revelou evolução radiológica para Fisher-4, com inundação ventricular e hidrocefalia aguda. Submetida à instalação de uma derivação ventricular externa e monitorização da pressão intracraniana.

No 3 dia a paciente apresentava os seguintes resultados So doppler (DTC) VM-ACM-E=92; IL=2,1 / VM-ACM-D=127; IL=3,2 / VM-AB=51; IS=2,1. No 5 dia de internação, apresentou redução de 2 pontos na GCS, DTC evidenciando Vasoespasmio moderado na ACM Direita, não melhorando com medidas clínicas de Hipertensão e normovolemia. DTC mostrou VM-ACM-E=189; IL=3,3 / VM-ACM-D=250; IL=5,8 / VM-AB=119; IS=1,4 Iniciado Milrinone parenteral contínuo. Dose de Milrinone de 0,75mcg/Kg/min evidenciou VM-ACM-E=151; IL=2,6 / VM-ACM-D=183; IL=3,7 / VM-AB=78; IS=1,3 (Melhora). Após 3h, observa-se melhora neurológica. No 7o dia, a Dose de Milrinone foi ajustada para 1,25mcg/Kg/min. Esta dose, evidenciou ao DTC VM-ACM-E=103; IL=3,4 / VM-ACM-D=107; IL=2,97 / VM-AB=48; IS=1,7(Melhora). O desmame do milrinone ocorreu em 20 dias porque a paciente não tolerava o desmame devido a piora clínicia associado a piora hemodinâmica ao DTC. Paciente recebe alta após 37 dias com Score de Rankin = 2. Conclusão: O uso do Milrinone correlacionou-se com melhora clínica e dos parâmetros de hemodinâmica encefálica avaliados pelo DTC Siglas: VM=velocidade média (cm/s); ACM = Arteria Cerebral Média; AB = Basilar;IL = Índice de Lindengard; IS = Índice de Soustiel; E=esquerdo; D=direito.

EP-422

Quais as causas que levam à abertura de protocolo de morte encefálica em um hospital de referência no Sul do Brasil?

Denise Espindola Castro¹, Karla Cusinato Hermann¹, Aline Valli de Leão¹, Nádia Maria Fritzen¹, Paulo Roberto Antonaccio Carvalho²

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil; ²Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil

Objetivo: As doenças neurovasculares estão entre as principais causas de óbito no Brasil. Sabendo disso, o sistema de saúde conta com hospitais de referência no atendimento destes eventos, mas assim como em outras doenças, o tempo entre a identificação e o tratamento é fundamental na recuperação destes pacientes, quando isso não ocorre, o desfecho pode ser catastrófico, levando inclusive à morte.

Métodos: Estudo transversal retrospectivo com análise de dados da Central intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTT) nos anos de 2020, 2021 e dados preliminares de 2022 (janeiro a junho).

Resultados: No ano de 2020 a CIHDOTT identificou 27 protocolos de ME concluídos. A principal causa de abertura do protocolo foi acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico (AVCh) com 53,3% dos casos, AVC isquêmico (AVCi) com 20%, encefalopatia anóxica, 16,6% e tumor (TU) cerebral em 10% dos casos. Em 2021, foram 30 protocolos concluídos e a maioria ocorreu por AVCh com 44,4% dos casos, AVCi com 29,6%, encefalopatia anóxica, 22,2%, e TU cerebral com 3,7% dos casos. Em 2022 a CIHDOTT identificou 15 protocolos de ME. O motivo da abertura do protocolo foi AVCh com 46,6% dos casos, AVCi com 26,6%, encefalopatia anóxica 26,6% e nenhum TU cerebral.

Conclusão: A principal causa de morte encefálica é o AVC, seja hemorrágico ou isquêmico. O atendimento às vítimas de AVC deve ser o mais precoce possível seja para restaurar a saúde a elas seja para ter a possibilidade de doação de órgãos viáveis quando isso não for mais possível.

EP-423

Incidence of neurological manifestations in SARS-CoV-2 patients: a multinational study

Ivna de Lima Ferreira Gomes¹, Denise Battaglini², Sung-Min Cho³, Adson Freitas de Lucena⁴, Beatriz Amorim Beltrão⁵, Eduardo Chaves Gadelha¹, Cecília Bessa Maia¹, Diego Bastos Porto¹

¹Universidade Federal do Ceará - Fortaleza (CE), Brasil; ²Hospital Policlínico San Martino Hospital - Genova, Itália; ³Johns Hopkins Hospital - Baltimore, United States; ⁴Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza (CE), Brasil; ⁵Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza (CE), Brasil

Objective: To evaluate the incidence of neurological symptoms in a population of SARS-CoV-2 infected patients admitted to an Intensive Care Unit.

Methods: Prospective cohort which included SARS-CoV-2 infected patients admitted to Intensive Care Units of two quaternary hospitals, located in Brazil and Italy, followed until ICU discharge. The presence of neurological symptoms was described by the assisting team, confirmed by a neurologist or intensivist, and documented. Neurological symptoms or diagnosis included: delirium, stroke, peripheral neuropathy, seizures, coma, anisocoria and stupor. Previous comorbidities were also documented.

Results: We included 86 patients. Most frequent comorbidities were hypertension (51%), diabetes (15%) and respiratory disease (14%). Out of the total included patients, 50% exhibited neurological symptoms and posterior diagnosis during ICU stay. 37% denoted delirium, 5% stroke, 7% peripheral neuropathy, 6% seizures, 7% coma, 0,2% anisocoria and 6% stupor.

Conclusion: Neurological manifestations were frequent in our cohort, with delirium being the most prevalent diagnosis. This highlights and contributes to a better comprehension of Central Nervous System SARS-CoV-2 influence and morbidity.

EP-424

Transcranial doppler and optic nerve sheath diameter in the management of brain derangements in critically ill COVID-19 patients: a clinical profile

João Pedro Sobreira Borges¹, Denise Battaglini², Sung-Min Cho³, Adson Freitas de Lucena⁴, Beatriz Amorim Beltrão⁵, Renan Araújo Holanda¹, Mariana Alencar Salvadori¹, Diego Bastos Porto¹

¹Universidade Federal do Ceará - Fortaleza (CE), Brasil; ²Hospital Policlínico San Martino Hospital - Genova, Itália; ³Johns Hopkins Hospital - Baltimore, United States; ⁴Hospital Geral de Fortaleza - Fortaleza (CE), Brasil; ⁵Hospital Universitário Walter Cantídio - Fortaleza (CE), Brasil

Objective: To evaluate the clinical profile of SARS-CoV-2 patients in which Transcranial Doppler (TCD) and Optic Nerve Sheath Diameter (ONSD) were performed at an Intensive Care Unit (ICU).

Methods: Retrospective Cohort which included patients with a confirmed diagnosis of SARS-CoV-2 infection and which, for neurological evaluation, as decided by the ICU staff, a TCD or ONSD were performed. We collected demographic and TCD and ONSD variables. We also calculated indirect values for intracranial pressure (ICP) and cerebral perfusion pressure (CPP) and evaluated neurological outcomes with the Glasgow Outcome Scale (GOS) and Modified Rankin Scale (mRS) for neurological disability.

Results: We included 32 patients. 56% were males, the mean age was 64,42 (\pm 15,81) years and the mean SOFA score was 4. 53% of patients were discharged from the ICU. The mean GAS and mRS was 3,35 (\pm 1,65) and 4 (\pm 2,18), respectively. Regarding TCD, the mean systolic and diastolic blood flow were 82,7 (\pm 30,13) cm/s and 30,48 (\pm 16,45) cm/s, respectively. The mean Pulsatility Index was 1,3 (\pm 0,37). The mean ICP and CPP was 23,98 (\pm 13,2) mmHg and 63,51 (\pm 14,2) mmHg, respectively. ONSD was in average 5,1 (\pm 0,55) mm.

Conclusion: Overall, all patients exhibited some form of neurological dysfunction, whether clinical, as evidenced by scales evaluation at discharge, or ultrasonographical, as seen in TCD or ONSD.